

КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ: ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ЗАБОЛЕВАНИЯ

*Зыкова О.С., Адашкевич В.П., Драгун Г.В.**

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»,*

** УЗ «Гомельский областной клинический кожно-венерологический диспансер»*

Введение. Красный плоский лишай (КПЛ) - аутоиммунным заболевание, при котором клетки эпидермиса являются аутоантигеном, вызывающим клеточный иммунный ответ, клинически проявляющийся формированием папул на коже, слизистых оболочках. Заболевание относится к редко встречающимся дерматозам и составляет от 0,5 до 2,4% от общего числа всех случаев дерматозов. Этиология заболевания неизвестна, однако симптомы появляются после эмоциональных переживаний, на фоне инфекций (вирусный гепатит, хеликобактерный гастрит и др.), приёма лекарственных препаратов, инсоляции, операций по пересадке тканей [2, 4]. КПЛ встречается у женщин на фоне

дефицита эстрогенов. Возможно сочетание заболевания с сахарным диабетом и гипертонической болезнью (синдром Гриншпана), фолликулярных кератотических папул с алопцией в области головы, лобковой области, подмышечных впадин (синдром Грэхема-Литтла-Лассюэра). Возможно сочетание КПЛ другими аутоиммунными заболеваниями, протекающими с поражением кожи (например, с системной красной волчанкой) [2, 4]. Заболевание характеризуется длительным течением – высыпания разрешаются в сроки от 6 до 18 месяцев, редким рецидивированием, в 45% случаев сопровождаются поражением слизистой оболочки рта (в различных клинических вариантах), губ, кожи наружных половых органов у мужчин, ногтевых пластин. Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы поражения слизистой оболочки рта являются факультативным предраком и могут трансформироваться в плоскоклеточный рак [4].

В типичных случаях диагностика заболевания не является проблемной – излюбленная локализация в области лучезапястных сгибов, передних поверхностей голеней и тыла стоп; своеобразные фиолетовые полигональные папулы с пупковидным вдавлением в центре и сетчатым рисунком на поверхности, поражение слизистой оболочки рта в виде мелких папул фиолетово-опалового цвета, сливающихся в сетчатый или кружевной рисунок, а также зуд различной степени интенсивности являются основой диагноза КПЛ. В то же время встречается ряд клинических разновидностей поражения как кожи, так и слизистой оболочки рта, которые вызывают затруднения в постановке диагноза и требуют дифференциальной диагностики с другими сходными по клиническим проявлениям и так же редко встречающимися дерматозами [1, 5]. Среди объективных ошибок в постановке диагноза клинических разновидностей редких дерматозов, и в том числе КПЛ, актуальными являются их малая вероятность, наличие переходных форм от нормы к патологии [3].

Цель - изучить клинические особенности разновидностей КПЛ и проблемы их диагностики.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 6 пациентов с различными формами КПЛ в возрасте от 28 до 75 лет, из них 3 мужчин и 3 женщин, направленных для уточнения диагноза дерматологом, стоматологом или урологом. Клиническая картина включала распространенное или диссеминированное поражение кожи и/или слизистой оболочки рта или волосистой части головы. Все пациенты указывали на прогрессирование заболевания в течение нескольких месяцев в виде появления новых элементов сыпи, изменения внешнего вида существующих высыпаний или отсутствия клинического эффекта от проводимой терапии. В качестве специальных методов диагностики на предшествующих этапах обследования проводились микроскопический анализ волос, соскоба слизистой оболочки рта на грибы, диагностическая биопсия кожи с анализом патоморфологической картины кожи очага поражения. В качестве диагнозов на предшествующих этапах диагностики и лечения значились распространенная кольцевидная гранулема (?) у 2 пациентов, порокератоз Мибелли (?) – у 1 пациента, базально-клеточный рак кожи (?) – у 1 пациентки, кандидоз слизистой оболочки полости рта на фоне сахарного диабета 2 типа и артериальной гипертензии -1 больная, распространенный псориаз (?) – у 1 больного.

Результаты и обсуждение. В результате тщательного дерматологического обследования с осмотром всего кожного покрова и видимых слизистых оболочек с анализом морфологии каждого из обнаруженных элементов сыпи, применения дерматологической лупы с подсветкой; специальных методов (граттаж, пальпация, диаскопия), лабораторных методов исключения сифилиса, а также с учётом результатов обследования на предшествующих этапах наблюдения и лечения установлены следующие формы КППЛ: кольцевидная – у 2 пациентов, сочетание кольцевидной и пигментно-атрофической форм – у 1 пациентки, эрозивно-язвенной формы поражения кожи – у 1 пациента (направлен для обследования врачом-урологом), синдрома Гриншпана – у пациентки с сопутствующим кандидозом слизистой оболочки полости рта, сахарным диабетом II типа и артериальной гипертензией, синдрома Грэхема-Литтла-Лассюэра. У 2 пациенток КППЛ протекал на фоне гастрита или язвенной болезни 12-перстной кишки. В 5 случаях из 6 (исключая больного, направленного урологом) диагностика различных клинических форм КППЛ потребовала от 1 до нескольких месяцев по ряду объективных и субъективных причин. Среди наиболее частых ошибок в диагностике КППЛ выделяют недооценку необходимости бокового освещения при осмотре элементов сыпи, растягивания кожи для обнаружения характерного для базалиомы валика; неправильное просветление рогового слоя, которое делает незаметным симптом сетки Уикхема, нарушение правил выполнения биопсии кожи для гистологического исследования, оценка отсутствия зуда не в пользу диагноза КППЛ и другие [3]. В исследуемых случаях среди объективных диагностическими трудностями явились прежде всего атипичность клинической картины, наличие эволюционного полиморфизма высыпаний и сочетание нескольких клинических форм заболевания как кожи, так и слизистой оболочки рта у одного пациента, проблемность адекватной оценки патоморфологической картины заболевания в связи с предшествующим местным лечением или особенностями забора материала для исследования. Значимым является фактор динамического наблюдения за больным, в процессе которого выявляются свежие типичные элементы сыпи. В то же время полный осмотр кожного покрова и слизистых оболочек, тщательный анализ морфологии сделал возможным обнаружение наряду с атипичными проявлениями характерных для заболевания высыпаний и их признаков. Важное значение имели также оценка сопутствующей патологии.

Выводы. Редко встречающиеся варианты КППЛ сопровождаются доминирующим присутствием в клинической картине нетипичных для заболевания элементов сыпи и особенностей их взаимного расположения. Для точной диагностики и своевременного начала адекватной терапии необходимы тщательный анализ клинических данных как состояния кожи, так и других органов и систем, а в атипичных случаях – патоморфологическое исследование материала из очагов поражения.

Литература:

1. Адашкевич, В.П. Системные ретиноиды в дерматологии: справ. пособие / В.П. Адашкевич. – Мн.: Светоч, 2005. – С. 89-101.
2. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путём: Рук. для практикующих врачей / А.А. Кубанова, В.И. Кисина, Л.А. Блатун, А.М. Вавилов и др. под общ. Ред. А.А. Кубановой, В.И. Кисины. М.: Литтерра, 2005; С. 301-307.

- 3 Шапошников, О.К. Ошибки в дерматологии: (Руководство для врачей) / О.К. Шапошников, А.Я. Браиловский, И.М. Разнатовский, В.И. Самцов – Л.: Медицина, 1987 – 208 с., ил.
4. Цветкова, Л.А. Заболевания слизистой оболочки рта и губ: Учебное пособие / Л.А. Цветкова, С.Д. Арутюнов, Л.В. Петрова, Ю.Н. Перламутров – М.: МЕД пресс-информ, 2005. – С. 32-39.
5. Цветкова, Г.М. Патоморфологическая диагностика заболеваний кожи / Г.М. Цветкова, В.Н. Мордовцев – Москва «Медицина», 1986 – С. 12-26, 115-119.